

Veliko mi je zadovoljstvo što je uredništvo MEDICUSA odlučilo da tema ovog broja bude ponovno iz područja psihijatrije, i to upravo depresija. Depresija je prema brojnim epidemiološkim studijama poremećaj koji je u prethodnom stoljeću pokazao velik porast. Prema procjenama Svjetske zdravstvene organizacije 1990. godine bio je po značenju na četvrtome mjestu svih registriranih bolesti uopće, a procijenjeno je da će 2020. godine biti na drugome mjestu među javnozdravstvenim problemima.

Zašto je evidentiran tako velik porast depresije? Sigurno je da je učestalost depresivnih stanja u porastu, no osim očito objektivnog porasta postoji i niz drugih razloga koji pridonose tako velikom i naglom porastu prema epidemiološkim podacima. Među najvažnijim razlozima su: definicija depresije, terminološke razlike, klasifikacija i dijagnostika depresije, razlike i promjenjivost klasifikacijskih sistema, edukacija dijagnostičara depresije (liječnika primarnog kontakta i psihijataru), uključenost depresivnih bolesnika u liječenje (a time i u evidenciju), suicidalnost depresivnih bolesnika, promjenjivost kliničkih slika i visoka učestalost komorbiditeta.

Depresija je poremećaj u kojem bolesnik jako pati. Kliničkom slikom dominira tužno raspoloženje, potištenost, klonulost, plačljivost, tjeskobnost, gubitak interesa, snage i volje, gubitak mogućnosti uživanja u stvarama i stvarima koje su ga ranije veselile, osjećaj težine života, mišljenja i rješavanja i najmanjeg problema, pojačani umor, poremećaj pažnje i vitalnih funkcija, osjećaj gubitka vrijednosti, samopoštovanja i samopouzdanja. Osjećaj potištenosti traje duže nego što je to bilo ranije u životu, kada se nije radilo o depresivnom poremećaju, već o prolaznom depresivnom stanju. Depresivni poremećaj dakle ima svoje vrijeme trajanja i simptomi se javljaju gotovo svakog dana, ali ne moraju trajati cijeli dan, često intenzitet simptoma pokazuje oscilacije tijekom dana. Osim dubine depresivnosti i trajanja simptoma, depresiju kao poremećaj determinira i nemogućnost bolesnika da si sam pomogne. To je vrlo važno znati, jer kada se depresivnom bolesniku kaže da si "pokuša sam pomoći i osloboditi se tužnih misli", on to doživljava kao novu, duboku frustraciju, jer da si je sam mogao pomoći, sigurno se ne bi u takvom stanju odlučio doći zatražiti liječničku pomoć.

Simptomi bolesti se obično ne javljaju kao reakcija na egzogeni događaj. Bolesnik obično pokazuje veći stupanj dizabiliteta u različitim domenama svog funkcioniranja.

Depresivni se poremećaj prema nekim suvremenim autorima opisuje kao poremećaj raspoloženja, a prema nekima kao poremećaj afekta. U skladu s osnovnom terminologijom u psihijatriji depresija je poremećaj raspoloženja, može se nazvati i emocionalnim poremećajem, ali nema opravdanja uvrstiti ga u afektivne poremećaje. Bolesnici s afektivnim poremećajima ne mogu izraziti svoje emocije, svoje osjećaje ni svoje duševno stanje, imaju poremećaj ekspresije tih stanja i prema van ostavljaju dojam praznine i/ili neadekvatnosti. Depresivni bolesnik obično ima vrlo jaku mogućnost ekspresije svog tužnog raspoloženja i prenosi to tužno raspoloženje i na svoje lice i tijelo, a često i na okolinu.

Danas u svijetu postoje dvije važne klasifikacije psihičkih poremećaja: Međunarodna klasifikacija bolesti (MKB-10), deseta revizija (SZO) i Dijagnostički i statistički priručnik za duševne bolesti (DSM-IV), četvrto izdanje (APA). Te dvije klasifikacije imaju nekoliko bitnih razlika u dijagnosticiranju depresivnog poremećaja. MKB-10 navodi tri osnovna (tipična) simptoma: depresivno raspoloženje, gubitak interesa i uživanja i smanjenje energije (što obično dovodi do povećanog umora i smanjenja aktivnosti), a DSM-IV navodi: depresivno raspoloženje ili gubitak zanimanja ili uživanja u gotovo svim aktivnostima. DSM-IV traži obavezno trajanje

simptoma najmanje 2 tjedna, a MKB-10 dopušta i kraće trajanje ako se radi o suicidalnosti ili drugom osobito teškom simptomu. Definiranje minimalnog trajanja pojedinih simptoma uvelike može promijeniti incidenciju poremećaja, ona u tom slučaju ovisi osim o stvarnoj incidenciji i o vremenu (času) kada je bolesnik evidentiran, tj. kada je došao liječniku.

MKB-10 ima različite kriterije za "bipolarni afektivni poremećaj" (koji obuhvaća i depresivni poremećaj) od DSM-IV, što također može značajno utjecati na prikazivanje incidencije depresije. I definiranje dijagnostičkih entiteta ciklotimije i distimije značajno utječe na prikazivanje učestalosti poremećaja raspoloženja.

Suvremene klasifikacije više pažnje posvećuju determiniranju intenziteta bolesti nego eventualnoj etiološkoj različitosti. Opravdanje za izbjegavanje prihvaćanja etioloških čimbenika proizlazi iz još nedovoljne egzaktnosti, ali se istodobno pribjegava vrlo neodređenoj razlici između "blago", "srednje" i "teško" izraženih simptoma. Te su klasifikacije napustile raniju dihotomiju na neurotsku i psihotičnu depresiju, kao i *Kraepelinov model* egzogenog i endogenog.

Promjene kliničkih slika, koje su dobrim dijelom posljedica djelovanja antidepresiva još su više otežale principe klasifikacija. Zbog tih i niza drugih činjenica suvremene klasifikacije nemaju manje nedostataka od prethodnih i vjerojatno im je jedina prednost poboljšanje operacionaliziranih kriterija radi poboljšanja prediktivne validnosti u dijagnosticiranju.

Promjene u sistemu dijagnosticiranja nisu popraćene adekvatnom edukacijom i to se odražava u brojnim radovima koji prikazuju epidemiološke podatke o depresivnim poremećajima. Postoje različite škole, različite su klasifikacije, ali i metode liječenja. Upravo smo na kongresu u Stockholmu doznali da naprimjer liječenje svjetlom, koje je dosada prikazivano perspektivnim, ne pokazuje razlike u poboljšanju kliničke slike veće od placeba. Liječenje depresije treba biti komplementarno, bolesnik u liječniku terapeutu treba imati i liječnika, ali i edukatora, koji će ga poučiti kako će mu određena terapijska metoda najbolje pomoći. Liječnik mora znati i psihološke metode liječenja, znati slušati bolesnika i njegove poruke, ali razumjeti i rabiti i govor transmitora, mora se pridržavati pravila *primum non nocere* kada god je to moguće, a u slučajevima kada primjenjuje lijek ili metodu (npr. elektrostimulativnu terapiju) koji imaju nuspojave, treba upotrijebiti metodu od koje se opravdano očekuje da će biti najučinkovitija uz najmanje nuspojava.

Upravo u kontekstu potrebe intenziviranja edukacije, i bazičnog znanja i novih spoznaja koncipirali smo ovaj broj MEDICUSA. Učenje kliničkih slika i dijagnosticiranja poremećaja je primarno radi iznalaženja optimalnog načina liječenja naših bolesnika. Kako je cilj MEDICUSA da bude i priručnik praktičaru i udžbeničko štivo, pokušali smo napisati afirmativni tekst, tekst koji će kliničaru pomoći da izađe iz Kendlllove "suvremene konfuzije" klasifikacije depresija i uđe u realitet povezanosti pojedinih simptoma i mogućih adekvatnih terapijskih odgovora u okvirima racionalne terapije depresivnih bolesnika.

Ovaj broj MEDICUSA izašao je u vrijeme značajnog proširenja izbora antidepresiva u Hrvatskoj, pa je i to bio jedan od poticaja da se liječnicima stavi na raspolaganje stručno štivo, koje će im pomoći u primjeni novih lijekova.

Na kraju želim zahvaliti svim svojim kolegicama i kolegama što su se odazvali pozivu i napisali izabrano poglavlje, koje će pripomoći širenju znanja u tome kako najprikladnije pomoći depresivnom bolesniku i njegovoj obitelji. Veliko je zadovoljstvo i liječniku kada može nakon primijenjene terapije pratiti povlačenje simptoma bolesti i poboljšanje svog bolesnika.

Zahvaljujem i kolegici dr. Adeli Kolumbić Lakoš, koja je uvijek imala razumijevanja za naša kašnjenja i promjene i s kojom je bilo lijepo surađivati.

Prof. dr. sc. Vera Folnegović-Šmalc